

S:t Göransprojektets

ANAMNESPROTOKOLL FÖR BIPOLÄRA SYNDROM
version 3

Patientens namn	
Patientens personnummer	
Kodnummer	

ANAMNESPROTOKOLL FÖR BIPOLÄRA SYNDROM
version 3

Kodnummer

Intervjuare

Datum



Anamnesprotokollet inmatat online av, datum:.....

Aktuellt/kommer på remiss från/kommentarer

Frågor i kursiv stil är till stöd för intervjuaren. Dessa är inte obligata att besvara.

Obligatoriska frågor är skuggade i blått eller brandgult:

Frågor som ingår i kvalitetsregistret Bipolär är skuggade i denna färg.

*** Frågor som är obligatoriska i Bipolär har en asterix framför sig**

Frågor som ingår i S:t Göransprojektet och skall matas in online i INCA är skuggade i denna färg.

1 SOCIAL ANAMNES

Ange patientens medborgarskap

- Svenskt
 Annat, vilket

Ange var patienten är född

- Sverige
 Annat land, vilket

Om utlandsfödd, vid vilken ålder kom patienten till Sverige?

Ålder:

Ange patientens huvudsakliga boende

- Ordinärt boende
 Ordinärt boende med beviljade stödinsatser
 Stödboende
 Saknar bostad

Ange hushållets sammansättning

- Ensamboende
 Delar hushåll med make/maka/partner/sambo
 Delar hushåll med förälder/föräldrar
 Delar hushåll med andra vuxna (inkl. egna barn 18 år eller äldre)
 Delar hushåll med barn under 18 års ålder
 Uppgift saknas

Har patienten egna barn under 18 år, oavsett vårdnadsförhållande?

- Ja, antal:
 Nej
 Uppgift saknas

Har patienten vårdnaden om barn under 18 år?

- Ja, antal:
 Nej
 Uppgift saknas

Ange patientens huvudsakliga försörjning under de senaste sex månaderna?

Högst 2 alternativ får anges

- Egen försörjning (lönearbete, studiemedel, föräldraersättning ålderspension, garantipension)
 A-kassa
 Sjukskrivning/sjukersättning
 Ekonomiskt bistånd (Socialbidrag)
 Försörjd av anhörig
 Eget kapital
 Övrigt
 Uppgift saknas

Ange patientens huvudsakliga sysselsättning under de senaste 12 månaderna.*

Uppgiften avser huvudsaklig situation det senaste året. Om någon av patientens sysselsättningar överstiger 75 procent anges bara ett alternativ. Om ingen av patientens sysselsättningar överstiger 75 procent får två (2) alternativ anges.

Flera svarsalternativ kan anges

- Arbete/studier på öppna marknaden mer än 50 procent
 Arbete/studier på öppna marknaden 50 procent eller mindre
 Arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd
 Skyddad verksamhet mer än 50 procent
 Skyddad verksamhet 50 procent eller mindre
 Anpassad studieform (mål vidare studier/arbete)
 Arbetsrehabilitering (inkl. under utredning för klargörande av funktionsnivå)
 Sysselsättning motsvarande SOL:s definition (dagcenter, brukarklubbar, etc)
 Ingen sysselsättning
 Uppgift saknas

Vilken är patientens högsta uppnådda utbildningsnivå? Besvaras för patienter som är 16 år eller äldre.

- Ej fullgjord förgymnasial utbildning
 Fullgjord förgymnasial utbildning
 Fullgjord gymnasial utbildning
 Fullgjord eftergymnasial utbildning (minst 2 år)
 Fullgjord eftergymnasial utbildning (minst 3 år)
 4 års universitetsstudier eller mer
 Uppgift saknas

Yrke:

2 FASTSTÄLL ONORMALT FÖRHÖJT STÄMNINGSLÄGE (NÅGONSIN UNDER LIVET)

Har någon i din familj haft eller har manodepressiv sjukdom eller bipolär sjukdom? Eller har någon i din familj haft svängningar i humöret som behandlats med litium (Lithionit), valproat (Ergenyl, Absenor, Orfiril) eller lamotrigin (Lamictal)?

NEJ JA, kommentar:

Generalkriterierna för mani/hypomani: Ihållande abnormt förhöjd, expansiv eller irriterad sinnesstämning

Har det någon gång hänt...

Exemplifiera gärna (om flera skov, identifiera det värsta)

... att du mått så bra eller varit så **uppåt till mods** att andra tyckt att du inte varit dig själv? (tex "hög", "fylld av energi", "upprymd", "full av idéer", "ökad prestationsförmåga", "extra kreativ", "snabb tankeverksamhet")

... att du varit så **uppskruvad** att du kommit i svårigheter på något sätt?

Ihållande abnormt förhöjd, expansiv sinnesstämning JA NEJ

... att du varit så **irriterad** att du skällt ut folk eller startat gräl eller bråk? Har du råkat i gräl med främmande människor? (tex "lättretlig", "överreagerat" även om det fanns visst skäl för reaktionen)

Ihållande abnormt irriterad sinnesstämning JA NEJ

För det allvarligaste identifierade fallet ovan...

Var du inlagd på sjukhus under denna tid? inlagd aldrig vårdats för mani på sjukhus

Har patienten någonsin... vårdats enligt LPT vårdats enligt LRV Nej, ingen tvångsvård för mani

Sammanlagt, hur länge höll denna period i sig? timmar dagar veckor månader

Associerade symptom under det allvarligaste skovet ovan.

Koda från -3 (mycket mindre), över 0 (inga symptom), till +3 (mycket mer/ökad) SE OCKSÅ APPENDIX 1

Under de gånger då du kände dig "hög", "full av energi" eller lättretlig...

... hur var det med din självkänsla? (kände du dig mer självsäker än vanligt eller att du var speciell, mer begåvad, attraktivare eller mer intelligent än vanligt?)

... sov du mindre men kände dig ändå utvilad? (-3=<2h eller 5h mindre än vanligt; -2=sov 1,5h mindre än normalt utan att fungera sämre, -1=sov mindre än normalt, -0,5=diskutabelt)

... var du mer pratsam än vanligt? (svårt att avbryta, eller svårt att förstå vad du menade, svårt att hänga med)

... hade du fler idéer vanligt? Var det som om tankarna rusade i huvudet? Svårt att hejda tankarna?

...hade du svårt att koncentrera dig på grund av att minsta händelse distraherade dig? Svårt att fokusera på en uppgift?

... vad gjorde du på dagarna (arbete, vänner, fritidssysselsättningar)? Var du mer aktiv eller gjorde många saker samtidigt? Var du så aktiv att människor oroade sig för dig? Var du rastlös och hade svårt att sitta still?

	Självkänsla
	Sömnbehov
	Talträngdhet
	Idé-tankeflykt
	Lättdistraherad
	Målinriktad aktivitet/psykomotorisk agitation

Ev. kommentar:

... gjorde du någonting som kunde ha ställt till bekymmer för dig eller din familj (Köpte saker du inte behövde?) (Sexuella kontakter utöver det vanliga för dig?) (Vårdslös bilkörning?) Gjorde du någonting som skulle ha kunnat orsaka problem om du åkt fast?

Lust
/riskbeteende

Vilka konsekvenser har uppvarningsepisoden / -episoderna fått som värst i termer av relationsproblem, arbets-, studieproblem, ekonomiska problem, våld, klammeri med rättvisan

inga lindriga måttliga svåra mycket svåra. Exempel:

FÖRSTA EPISODEN: Hur gammal var du första gången du hade en hypomani?år, en mani?år

Fastställ psykosymptom under skov av förhöjt stämningsläge

Med "JA" menas uppenbara symptom som grandiositet. Exemplifiera gärna.

Persekutoriska föreställningar NEJ JA:.....

Vanföreställningar NEJ JA:.....

Hallucinationer NEJ JA:.....

Om JA, på något psykosymptom
Kan vara båda Stämningskongruenta psykotiska symptom
Innefattar maniteman, tex grandiositet, fantastiska förmågor

Stämnings*in*kongruenta psykotiska symptom
Som inte innefattar maniteman, tex tankepåsättning, förföljelseidéer, tankeutsändning, påverkans- och styrningsupplevelser

Har någon typisk utlösande stressfaktor för mani identifierats?

- NEJ
 JA, vilken/vilka?

Har något typiskt tidigt tecken identifierats? (i form av något beteende som går att mäta/räkna)

- NEJ
 JA, vilken/vilka?

Patienten uppfyller kriterierna för:

- Mani**
Minst 7 dagar (kortare om sjukhusvård) + påtaglig funktionsförsämring (tex sjukhusvård) eller psykos + 3 associerade symptom (4 om enbart irriterat stämningsläge).
- Hypomani**
Minst 4 dagar + tydlig förändring som är observerbar av andra. Ej psykos. Ej sjukhusvård.
- Förhöjt stämningsläge UNS**
Tydliga maniska symptom men når inte upp till hypomani eller manikriterier, tex klar hypomani i 2 dagar.
- Inga tecken på mani**

Fastställ typ av manier / hypomanier.

Vilken typ av manier har varit dominerande under patientens sjukdom?

- Euforiska manier (Allt är intressant, fantastiskt, expansivt)
- Dysforiska manier eller blandade skov (mani med minst 2 depressiva symptom, tex dysfori, fyllda av negativ energi, agiterad, skuld- och SU-tankar)
- Går inte att avgöra / Ej tillämpligt

FASTSTÄLL TIDIGARE DEPRESSION

Generalkriterier

	Nej	Ja
1) Har du upplevt någon period då du känt dig deprimerad eller nedstämd mest hela dagen, i stort sett varje dag under två veckors tid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Har du upplevt någon period då du känt dig mycket mindre intresserad än vanligt av det mesta i tillvaron eller känt det svårt att glädjas åt sådan du brukar tycka om? (nästan varje dag under två veckors tid?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om något av generalkriterierna är "JA":

Påtagliga symptom under den allvarligaste episoden

Under den allvarligaste perioden... (-3=Mycket mindre; 0; +3=Mycket mer)

3) ... hur var det med din nattsömn?		För mycket eller för lite sömn?
4a) ... hade du skuld känslor för sådant du gjort eller underlåtit att göra?		Skuld känsla
4b) ... hur var det med din självaktning (värdelöshetskänslor)?		Självkänsla
5) ... hur var din energi? Fanns det saker du skulle ha gjort men inte gjorde p.g.a. dålig ork och trötthet?		Energi
6) ... hade du svårigheter att tänka eller koncentrera dig? Kunde du läsa tidningen eller titta på tv? Var det svårt att fatta beslut i vardagliga frågor (ambivalens)?		Koncentrationsförmåga
7) ... gick du då upp eller ned i vikt? Hur var din aptit?		Aptit
8a) ... var du så orolig eller rastlös att du inte kunde sitta stilla? Eller tvärtom så att du talade eller rörde dig långsammare än vanligt? Om jag hade varit där, hade jag märkt att något var fel?		(+) Psykomotorisk agitation
8b) ... eller tvärtom så att du talade eller rörde dig långsammare än vanligt? Om jag hade varit där, hade jag märkt att något var fel?		(-) Psykomotorisk retardation
9a) ... var det så svårt att du kom att tänka på döden eller på att det var bättre om du var död?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
9b) ... hade du tankar om att ta ditt liv eller att skada dig själv?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
9c) ... gjorde du något försök att begå självmord?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

För det allvarligaste identifierade fallet ovan...

Var du inlagd på sjukhus under denna tid? inlagd aldrig vårdats för depression på sjukhus

Har patienten någonsin... vårdats enligt **LPT** vårdats enligt **LRV** aldrig tvångsvårdad för depression

Sammanlagt, hur länge höll denna period i sig? timmar dagar veckor månader

Patienten har någon gång uppfyllt kriterierna för:

<input type="checkbox"/>	Depression (≥5 av 9 symptom ≥2 veckor som inneburit förändring av personens tillstånd)
<input type="checkbox"/>	Nedstämdhet UNS (Tydliga depressiva symptom men fyller inte depressionskriterier, tex klar nedstämdhet i en vecka, eller 4 symptom).
<input type="checkbox"/>	Inga tecken på depression

FÖRSTA DEPRESSIONEN:

När var ditt humör så för första gången i en vecka eller längre tid?

Ålder:

Specifikation av MELANKOLI

För melankoli krävs något av följande 2 kriterier:

Anhedoni	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Förmågan att känna glädje har helt försvunnit
Oavledbar	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Reagerar inte på positiva stimuli
<i>Dessutom minst 3 av följande 6 kriterier:</i>			
Distinkt kvalitet	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Helt annorlunda än ledsenhet och sorg
Värst på morgonen	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Tidigt morgonuppvaknande	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Minst 2 timmar före vanlig tid
Stark psykomotorisk hämning eller agitation	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Betydande viktninskning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Överdrivna, obefogade skuldkänslor	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
MELANKOLISK DEPRESSION	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	JA, om pat någonsin haft melankolisk depression

Specifikation av PSYKOSSYMTOM under depressionsskov

Med "JA" menas tydliga symptom. Exemplifiera gärna.

Persekutoriska föreställningar NEJ JA:.....

Vanföreställningar NEJ JA:.....

Hallucinationer NEJ JA:.....

Om JA, på något psykosymptom
Kan vara båda

Stämningkongruenta psykotiska symptom
(*innefattar depressionsteman, skuld, sjukdom, död, bestraffning*)

Stämninginkongruenta psykotiska symptom
(*som inte innefattar depressionsteman, tex tankepåättning, förföljelseidéer, tankeutsändning, påverkans- och styrningsupplevelser*)

Har någon för depression typisk utlösande stressfaktor identifierats?

NEJ

JA, vilken?

Fastställ förekomsten av BLANDADE SKOV. Flera alternativ möjliga

Har patienten även haft depressiva symptom under maniska skov, eller hypomana symptom under depression?

JA Blandade skov (Under samma vecka uppfyllt kriterierna [förutom duration] på depression och mani)

JA Dysforisk mani (mani med minst 2 depressiva symptom, tex skuld och SU-tankar)

JA Agiterad depression (Depression med minst 2 hypomana symptom, tex påtaglig rastlöshet, idé-tankeflykt)

NEJ

PSYKOTISKA SYNDROM

Detta är frågor till stöd för att differentialdiagnos schizofreni eller psykos sekundär till somatisk sjukdom eller missbruk. Ej obligatoriska frågor.	Nej	Ja
<i>Nuvarande eller tidigare vanföreställningar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Nuvarande eller tidigare hallucinationer</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Nuvarande eller tidigare formella tankestörningar (inkohärent tal, uppluckrade associationer)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Nuvarande eller tidigare negativa symptom (utslätade affekter, initiativlös) utöver depressionsepisoderna</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Nuvarande eller tidigare bisarrt beteende, katatoni, eller desorganiserat beteende</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>En påtagligt låg funktionsnivå även innan symptomen på affektiv sjukdom började</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om en eller flera symptom ovan är "Ja":	Nej	Ja
<i>Har någon av de psykotiska symptomen inträffat utan allvarlig förstämning?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Har någon av de ovannämnda symptomen inträffat utan berusning, medicinering (tex. steroider), eller neurologisk eller metabolisk sjukdom?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Om förstämning förelegat, har denna varat kort tid jämfört med de positiva eller negativa symptomen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Har någon av de ovannämnda positiva symptomen bestått en längre period (en månads tid, eller mindre om pat blivit framgångsrikt behandlad)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Har desorganisering förelegat under minst 6 månader (kortare tid om framgångsrikt behandlad)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Baserat på ovanstående: STÄLL PSYKOSDIAGNOS			
Någonsin psykotisk?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ålder vid psykosdebut:	
Fyll i en lämplig psykosdiagnos nedan:			
<input type="checkbox"/>	Affektiv psykos, depression	Psykos i samband med depressiva skov	}Båda dessa är möjliga
<input type="checkbox"/>	Affektiv psykos, mani	Psykos i samband med maniska skov	
<input type="checkbox"/>	Cykloid psykos	Betydande förvirringsinslag, akut debut tex efter sömnlöshet, dramatiska humörsvängningar, exempelvis postpartumpsykos	
<input type="checkbox"/>	Schizoaffektiv sjd	Psykossymptom som kvarstår >2veckor efter den affektiva episodens slut	
<input type="checkbox"/>	Schizofreni	De affektiva sjukdomssymptomen varaktighet är betydligt kortare än psykos	
<input type="checkbox"/>	Psykos sekundär till psykofarmaka	Alla psykotiska symptom kan tillskrivas förskrivna behandling med antidepressiva eller centralstimulerande medel	
<input type="checkbox"/>	Psykos sekundär till missbruk	Alla psykotiska symptom kan tillskrivas substansmissbruk. Antingen under bruket eller under abstinensfas.	
<input type="checkbox"/>	Psykos sekundär till somatisk sjukdom	Alla psykotiska symptom kan tillskrivas somatisk sjukdom	
<input type="checkbox"/>	Annan psykos, vilken?		

FASTSTÄLL ANTAL AFFEKTIVA SKOV

ANTAL SKOV NÅGONSIN

Maniska, hypomana, depressiva & blandade skov, åtskilda av 4 veckors eutymi eller episod av motsatt polaritet Uppskatta antalet vid tveksamhet.

Ange det totala antalet depressiva skov NÅGONSIN	<input type="radio"/> Uppgift saknas
Ange det totala antalet hypomana skov NÅGONSIN	<input type="radio"/> Uppgift saknas
Ange det totala antalet maniska skov NÅGONSIN	<input type="radio"/> Uppgift saknas
Ange det totala antalet blandade NÅGONSIN	<input type="radio"/> Uppgift saknas

ANTAL SKOV SENASTE 12 MÅNADERNA

Maniska, hypomana, depressiva & blandade skov, åtskilda av 4 veckors eutymi eller episod av motsatt polaritet Uppskatta antalet vid tveksamhet.

Ange det totala antalet depressiva skov under de senaste 12 månaderna	<input type="radio"/> Uppgift saknas
Ange det totala antalet hypomana skov under de senaste 12 månaderna	<input type="radio"/> Uppgift saknas
Ange det totala antalet maniska skov under de senaste 12 månaderna	<input type="radio"/> Uppgift saknas
Ange det totala antalet blandade under de senaste 12 månaderna	<input type="radio"/> Uppgift saknas

Ange det totala antalet veckor i affektivt skov de senaste 12 månaderna.

Summera veckorna för samtliga verifierade affektiva skov under året. Ge ett ungefärligt värde vid tveksamhet.

_____ (Heltal, 0-52)

Har patienten under de senaste 12 månaderna haft minst en två månader lång period utan affektivt skov?

Fullständig remission = inga signifikanta tecken eller symptom på bipolärt affektivt skov. Utan fullständig remission mellan skoven = inte helt besvärsfri men med symptom på bipolärt affektivt skov som inte helt uppfyller kriterierna.

Ett svarsalternativ kan anges.

- Ja, med fullständig remission mellan skoven
- Ja, utan fullständig remission mellan skoven
- Nej
- Uppgift saknas

Episodspecifikation	Rapid cycling (minst 4 skov under 12 månader) <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	"Ultra rapid cycling" (Oscillationer under en vecka eller några dagar) <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	Ultradian cycling (>1 skov per dygn) <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
	Årstidsrelaterad <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	Med postpartumdebut <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	Bara blandepisoder <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
	Plötsligt insättande skov (tex vaknar på morgonen och är deprimerad/ hypoman/ manisk trots euthym dagen innan) <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ		

AFFEKTIVA SYMPTOM OCH REPRODUKTION (enbart kvinnor)

Perimenstruell exacerbation:	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, uppvarvad	<input type="checkbox"/> Ja, dysforisk	<input type="checkbox"/> Icke tillämpligt
Humörförändringar under graviditet:	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, mådde sämre	<input type="checkbox"/> Ja, mådde bättre	<input type="checkbox"/> Icke tillämpligt
Postpartuminsjuknande?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, mani	<input type="checkbox"/> Ja, depression	<input type="checkbox"/> Icke tillämpligt
Humörförändringar av hormonpreparat (t.ex. p-piller)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, mådde sämre	<input type="checkbox"/> Ja, mådde bättre	<input type="checkbox"/> Icke tillämpligt

FASTSTÄLL SJUKDOMSDEBUT

	Ålder
Hur gammal var du vid de första tecknen på någon psykiatrisk sjukdom?	
Hur gammal var du när du först hade kontakt med vården för något psykiatriskt (emotionellt, psykologiskt, beteendemässigt) problem? (Ungefärlig diagnos:)	
... behandlades med psykologisk behandling?	
... behandlades med centralstimulerande läkemedel?	
... behandlades med antidepressiva?	
... behandlades med ECT?	
... behandlades med stämningsstabiliserande läkemedel första gången?	
Hur gammal var du när diagnos inom bipolärspektrat (F30-F31) för första gången dokumenterades i journal eller när du tydligt fick information av läkare om att du har bipolär sjukdom?	

CYKLOTYMI, DYSTYMI OCH SUBSYNDROMAL STÄMNINGSFÖRHÖJNING

CYKLOTYMI¹

Bortsett från de gånger vi talat om när du var riktigt deprimerad eller riktigt uppvarvad ...

... har du haft någon period med många humörtoppar och dalar, alltså, att du vissa dagar mådde för bra, nästan lite hög, medan du var nedstämd och deprimerad andra dagar? Ja Nej

Om Ja ovan; Var de bra dagarna verkligen för bra (inte bara bättre än de dåliga dagarna)? Ja Nej

... följde dina toppar och dalar något särskilt mönster? Ja Nej

Har du någon gång haft dessa toppar och dalar under en period av två år Ja Nej

... Under denna tid, hur lång var den längsta period då du kände dig normal? (får vara max 8 veckor) Ja Nej veckor

Under de perioderna när du var hög eller "som i ett rus", märkte du att...

... du behövde mindre sömn än vanligt? Ja Nej

... var ovanligt pigg? Ja Nej

... var ovanligt självsäker? Ja Nej

... lyckades uträtta mer än vanligt? Ja Nej

... du kände dig fysiskt rastlös? Ja Nej

... du pratade mer än vanligt? Ja Nej

... du fick ovanligt bra idéer eller tänkte ovanligt klart? Ja Nej

... du gjorde saker som hade kunnat orsaka problem för dig eller din familj (t.ex. slösaktighet eller vårdslös körning)? Ja Nej

... du skrattade eller skämtade om saker som andra inte uppskattade (eller uppfattade som smaklöst)? Ja Nej

NUVARANDE cyklotymi (har aldrig varit hypoman/manisk eller deprimerad) Ja Nej

TIDIGARE cyklotymi (innan första insjuknandet i depression eller mani/hypomani) Ja Nej

DYSTYMI²

Har det under de senaste två åren (eller under någon 2-årsperiod) överlag varit vanligare att du känt dig nedstämd mest hela dagen än att du inte gjort det? (sammanlagt mer än halva tiden) Ja Nej

Under denna tid, hur lång var den längsta period då du kände dig bra? (får vara max 8 veckor för dystymi)veckor

Under denna tid av genomgående depression...

... förändrades din aptit påtagligt? Ja Nej

... hade du sömnproblem eller sov du överdrivet mycket? Ja Nej

... kände du dig trött och orkeslös? Ja Nej

... tappade du självförtroendet? Ja Nej

... hade du koncentrations- och beslutssvårigheter? Ja Nej

... kände du dig förtvivlad (hopplöshetskänslor)? Ja Nej

Är två eller fler svar kodade ja? Ja Nej

Orsakade dessa symptom påtaglig oro eller försämrade de din förmåga att arbeta, vara social eller på något annat sätt? Ja Nej

NUVARANDE dystymi (har aldrig varit hypoman/manisk³) Ja Nej

TIDIGARE dystymi (innan insjuknandet i depression³ eller mani/hypomani) Ja Nej

Subsyndromalt förhöjt stämningläge (IFYLLS ENDAST om pat är negativ för mani, hypomani och cyklotymi)

Har du någonsin haft korta perioder när ditt stämningläge varit onormalt högt eller när du varit påtagligt lättirriterad? (Tydligt hypomana symptom men som inte uppfyller kriterier för något specifikt bipolärt syndrom, tex mycket hastiga svängningar) Ja Nej

Subsyndromalt förhöjt stämningläge? Ja Nej

¹ CYKLOTYMI = Flertal perioder med hypomana respektive depressiva symptom Under minst 2 år som inte uppfyllt kriterierna för depression eller hypomani. Får inte ha varit besvärsfri längre än 8 veckor.

² DYSTYMI = Nedstämd större delen av dagen under flertalet dagar under minst två år utan att uppfylla kriterier på egentlig depression.

³ En tidigare egentlig depressionsepisod kan ha förekommit om den gått i fullständig remission (inga signifikanta symptom i minst 2 månader)

FASTSTÄLL UPPMÄRKSAMHETSSTÖRNING (BASERAT PÅ ASRS)

A1: Ouppmärksamhet	JA	NEJ
a) är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet, yrkeslivet eller andra aktiviteter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (beror inte på trots eller på att personen inte förstår instruktionerna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t.ex. skolarbete eller läxor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (t.ex. leksaker, läxmaterial, pennor, böcker eller verktyg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) är ofta lätt distraherad av yttre stimuli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) är ofta glömsk i det dagliga livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A1: Har minst sex av ovanstående symtom på ouppmärksamhet har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2: Hyperaktivitet	JA	NEJ
a) har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där personen förväntas sitta kvar på sin plats en längre stund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos ungdomar och vuxna kan det vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) har ofta svårt att leka eller utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) verkar ofta vara "på språng" eller "gå på högvarv"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) pratar ofta överdrivet mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulsivitet		
a) kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) har ofta svårt att vänta på sin tur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) avbryter eller inkräktar ofta på andra (t.ex. kastar sig in i andras samtal eller lekar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2: Har minst sex av ovanstående symtom på hyperaktivitet/impulsivitet har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B – E kriterier	Uppfyllt	Ej uppfyllt
B. Vissa funktionshindrande symtom på hyperaktivitet/impulsivitet eller ouppmärksamhet skall ha funnits före sju års ålder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Någon form av funktionsnedsättning orsakad av symtomen föreligger inom minst två områden (t.ex. i skolan/på arbetet och i hemmet).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Det måste finnas klara belägg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt, eller i arbete eller studier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Symtomen förekommer inte enbart i samband med någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller något annat psykotiskt syndrom och förklaras inte bättre av någon annan psykisk störning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VÅLD / KRIMINALITET

Har patienten vid något tillfälle från och med 16 års ålder utfört en våldsam handling eller riktat ett allvarligt hot mot en annan människa? (ange ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Ja: Antal gånger: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Specificera om det skett i nära relation <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja:	
Har patienten utfört en våldsam handling , eller riktat ett allvarligt hot mot någon annan person, de senaste 12 månaderna ? (ange ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, 1-2 gånger <input type="checkbox"/> Ja, 3 gånger eller fler <input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Specificera om det skett i nära relation <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja:	
Har patienten vid något av dessa tillfällen då han/hon varit våldsamt använt något vapen ? (ange ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Specificera om det skett i nära relation <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja:	
Har patienten blivit utsatt för en våldsamt handling, eller ett allvarligt hot, under de senaste 12 månaderna? (ange ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, 1-2 gånger <input type="checkbox"/> Ja, 3 gånger eller fler <input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Specificera om det skett i nära relation <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja:	
Har patienten blivit dömd till kriminalvård, rättspsykiatrisk vård, sluten ungdomsvård eller annan rättslig påföljd under de senaste 12 månaderna? (ange ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Om ja, ange vad patienten dömdes för:	<input type="checkbox"/> Våldsbrott <input type="checkbox"/> Annat brott <input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Har pat vapenlicens eller på annat sätt tillgång till vapen?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
Bedöms pat för närvarande vara olämplig att inneha vapen och därför anmälas till polisen enligt 6 kap. 6 § vapenlagen (1996:67)	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
Om JA, ovan anmäl till polisen där patienten är folkbokförd om det inte är uppenbart att det inte behövs. Se vidare Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2003:18) (http://www.sos.se/sosfs/2003_18/2003_18.htm).	

SJÄLVSKADEBETEENDE

Har patienten någon gång gjort en självskadande handling utan suicidavsikt?*

Med självskadande handling avses avsiktligt tillfogande av kroppsskada utan suicidavsikt (t.ex. genom bitande, huvudvåld, rispande, rivande, skärande, kroppsdunkande, inmundigande av oätliga ämnen och vätskor, intag av läkemedel utanför ordination, tablettförgiftning med dos som uppenbart inte är dödlig eller genom att bränna sig).

- Nej, har ej förekommit
- Ja, vid enstaka tillfällen
- Ja, återkommande under en eller flera perioder
- Uppgift saknas, otillräcklig information

Om ja, vid enstaka tillfällen **ELLER** Ja, återkommande under en eller flera perioder, har patienten under de senaste 12 månaderna gjort någon självskadande handling utan suicidavsikt?*

Ett svarsalternativ kan anges

- Nej (0 dygn)
- Ja, under 1-5 dygn
- Ja, under 6-25 dygn
- Ja, under 26-50 dygn
- Ja, under 51-100 dygn
- Ja, under 101-365 dygn
- Uppgift saknas, otillräcklig information

Har patienten någonsin gjort något suicidförsök?*

Med suicidförsök avses livshotande eller skenbart livshotande beteende, i avsikt att sätta sitt liv på spel eller att göra intryck av en sådan avsikt, men som inte leder till döden (exempelvis allvarlig tablettförgiftning, dränkning, skjutning, hängning/strykning).

- Nej
- 1-2 ggr
- 3 ggr eller fler
- Uppgift saknas, otillräcklig information

Om 1-2 ggr **ELLER** 3 ggr eller fler, har patienten under de senaste 12 månaderna gjort något suicidförsök?*

Ett svarsalternativ kan anges

- Nej
- 1-2 ggr
- 3 ggr eller fler
- Uppgift saknas, otillräcklig information

BARNDOMSHISTORIA

Patients eller anhörigs uppgifter. Kontrollera mot journalkopior om det är möjligt.

Patients eller anhörigs uppgifter. Kontrollera mot journalkopior om det är möjligt.				Ev. kommentar
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift	
DAMP	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift	
Autismspektrumstörn. (Asperger)	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift	
Tics, Tourettes syndrom	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift	
Ängslighet/GAD	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift	
Separationsångest	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift	
Enures (>5års ålder)	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift	
Sömngång	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift	
Nattskräck	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift	
Trotssyndrom	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift	
Uppförandestörning	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift	
Inlärningsstörning	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift	
Annat:	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift	

Kommentarer om skolgång

Gick om en klass NEJ JA: kommentar:

Fick särskilt stöd NEJ JA: kommentar:

Övergrep/trauma			Ålder	Ev. kommentar
Sexuellt	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA		
Fysiskt (misshandel, inte olyckor)	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA		
Emotionellt	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA		
Mobbning	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA		
Annat allvarligt psykiskt trauma	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA		

FAMILJEHISTORIA

Antal syskon: manliga (född/a år: _____) kvinnliga (född/a år: _____)
 Antal barn: pojkar (född/a år: _____) flickor (född/a år: _____)

Pat är adopterad och har ej kännedom om biologiska släktingar¹

FRÅGA AKTIVT men ej nödvändigt att neget allt																
Kod: 2 = Diagnos eller behandlad 1 = Trolig genom beskrivning 0 = Negativ ? = Ingen tillgänglig information	Mor	Far	Syster 1	Syster 2	Syster 3		Bror 1	Bror 2	Bror 3		Dotter 1	Dotter 2	Dotter 3	Son 1	Son 2	Son 3
Inläggning på psykiatrisk klinik																
Bipolär sjukdom																
Unipolär depression																
Utmattningsdepression																
Schizoaftektiv sjukdom																
Annat förstämningssyndrom																
Asperger/autism																
ADD/ADHD																
Alkoholmissbruk																
Annat substansmissbruk																
Annat missbruksbeteende (tex spel, sex)																
Schizofreni																
Paniksyndrom / annat ångestsyndrom																
Tvångssyndrom																
Själv mord																
Själv mordsförsök																
Bulimia nervosa																
Anorexia nervosa																
Personlighetsstörning																

FRÅGA AKTIVT men ej nödvändigt att neget allt																
Kod: 2 = Diagnos eller behandlad 1 = Trolig genom beskrivning 0 = Negativ ? = Ingen tillgänglig information	Moderns sida						Faderns sida									
	Mormor	Morfar	Moster 1		Morbror 1		Kusin 1	Kusin 2			Farmor	Farfar	Faster 1	Farbror 1	Kusin 1	Kusin 2
Inläggning på psykiatrisk klinik																
Bipolär sjukdom																
Unipolär depression																
Utmattningsdepression																
Schizoaftektiv sjukdom																
Annat förstämningssyndrom																
Asperger/autism																
ADD/ADHD																
Alkoholmissbruk																
Annat substansmissbruk																
Annat missbruksbeteende (tex spel, sex)																
Schizofreni																
Paniksyndrom / annat ångestsyndrom																
Tvångssyndrom																
Själv mord																
Själv mordsförsök																
Bulimia nervosa																
Anorexia nervosa																
Personlighetsstörning																

¹ Om pat själv har adopterade barn skall dessa barns eventuella sjuklighet ej dokumenteras här.

BEHANDLINGSHISTORIA

Har patienten någon gång tidigare erhållit patientutbildning för bipolär sjukdom, systematisk psykologisk behandling och/ eller neuropsykologisk utredning?*

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange vilket/vilka* Flera svarsalternativ kan anges

- Patientutbildning för bipolär sjukdom
(utbildningsinsats som följer ett i förväg definierat utbildningsprogram omfattande ett antal utbildningstillfällen där innehållet syftar till att ge ökade kunskaper om sjukdom och behandling, strategier för att hantera symptom i vardagen och möjlighet till erfarenhetsutbyte)
- Systematisk psykologisk behandling
(t.ex. psykodynamisk, dialektisk-beteendeterapeutisk, interpersonell, kognitiv eller kognitiv-beteendeterapeutisk behandling)
- Neuropsykologisk utredning
(utredning med standardiserade test som mäter kognitiva funktioner som uppmärksamhet, minnesfunktion, koncentrationsförmåga, inlärningsförmåga)

Om ja, har patienten under de senaste 12 månaderna erhållit patientutbildning för bipolär sjukdom, systematisk psykologisk behandling och/ eller neuropsykologisk utredning?*

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange vilket/vilka* Flera svarsalternativ kan anges

- Patientutbildning för bipolär sjukdom
(utbildningsinsats som följer ett i förväg definierat utbildningsprogram omfattande ett antal utbildningstillfällen där innehållet syftar till att ge ökade kunskaper om sjukdom och behandling, strategier för att hantera symptom i vardagen och möjlighet till erfarenhetsutbyte)
- Systematisk psykologisk behandling
(t.ex. psykodynamisk, dialektisk-beteendeterapeutisk, interpersonell, kognitiv eller kognitiv-beteendeterapeutisk behandling)
- Neuropsykologisk utredning
(utredning med standardiserade test som mäter kognitiva funktioner som uppmärksamhet, minnesfunktion, koncentrationsförmåga, inlärningsförmåga)

Har patienten någon gång tidigare behandlats med ECT?

Oavsett antal tillfällen i en behandlingsserie. ECT= Elektrokonvulsiv behandling (KVÅ-koder DA006, DA024 och DA025)

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, antal behandlingsserier under livet _____

Om ja, skatta utfall för senaste behandlingsserien: 0 1 2 3 4 5 6 7

Om ja, har patienten under de senaste 12 månaderna behandlats med ECT? Ja Nej Uppgift saknas

Skatta behandlingseffekten enligt CGI-I. Jämfört med patientens tillstånd innan behandling, hur mycket har han/hon förändrats? Ringa in lämpligt alternativ.

0	Ej bedömt (not assessed)
1	Väldigt mycket förbättrad (Very much improved)
2	Mycket förbättrad (much improved)
3	Något bättre (minimally improved)
4	Oförändrat (no change)
5	Något sämre (minimally worse)
6	Mycket sämre (much worse)
7	Väldigt mycket sämre (very much worse)

LÄKEMEDELSTERAPIHISTORIA¹

Skatta behandlingseffekter enligt CGI-I. Jämfört med patientens tillstånd innan behandling, hur mycket har han/hon förändrats? Ringa in lämpligt alternativ.

0	Ej bedömt (not assessed)
1	Väldigt mycket förbättrad (Very much improved)
2	Mycket förbättrad (much improved)
3	Något bättre (minimally improved)
4	Oförändrat (no change)
5	Något sämre (minimally worse)
6	Mycket sämre (much worse)
7	Väldigt mycket sämre (very much worse)



STÄMNINGSSTABILISERANDE

Ange om patienten behandlats med något stämningsstabiliserande medel

Behandling ²	Hur länge pågick behandlingen, uppskatta antal år	Behandlingsvar ³	Läkemedelsbiverkan som förhindrat användningen av medlet? ⁴	Kommentar
<input type="checkbox"/> Karbamazepin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Klonazepam		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Lamotrigin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Litium		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Oxkarbazepin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Topiramamat		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Valproat		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Övriga, vilket		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

ANTIPSYKOTIKA

Ange om patienten behandlats med ett eller flera antipsykotiska medel

Preparat	Hur länge pågick behandlingen, uppskatta antal år	Behandlingsvar	Läkemedelsbiverkan som förhindrat användningen av medlet?	Kommentar
<input type="checkbox"/> Alimemazin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Aripiprazol		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Asenapin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Dixyrazin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Flufenazin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Flupentixol		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Haloperidol		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Klorpromazin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Kloprotixen		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Klozapin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Levomepromazin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Melperon		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Olanzapin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Paliperidon		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Perfenazin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Proklorperazin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Quetiapin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Risperidon		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Sertindol		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Sulpirid		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Tioridazin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

¹ Om inte listan räcker till, använd en kopia av denna sida eller lägg till lösblad.

² För preparatens handelsnamn använd lathunden sist i detta häfte eller se FASS

³ Väg inte in biverkningar här. För stämningsstabiliserande måste behandlingen pågått minst 12 månader för att kunna utvärderas

⁴ Detta kan vara att patienten inte fördrog biverkningar ("jag tar aldrig det igen, jag blev så trött") eller medicinska orsaker tex allergier

<input type="checkbox"/> Ziprasidon		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Zyklopentixol		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Övriga, vilket		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

ANTIDEPRESSIVA

Ange om patienten behandlats med ett eller flera antidepressiva medel

Preparat	Hur länge har behandlingen pågått, antal år	Behandlingssvar	Läkemedelsbiverkan som förhindrat användningen av medlet?	Kommentar
<input type="checkbox"/> Agomelatin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Amitryptilin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Bupropion		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Citalopram		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Duloxetin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Escitalopram		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Fluoxetin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Fluvoxamin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Imipramin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Klomipramin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Lofepramin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Maprotilin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Mianserin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Mirtazapin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Moklobemid		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Nortryptilin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Paroxetin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Phenelzin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Reboxetin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Sertralin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Tranylcypromin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Trimipramin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Venlafaxin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Övriga, vilket		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Överslag "switch" på antidepressiva

Det förekommer att antidepressiva läkemedel kan ge hypomani, mani, eller annan svår uppvarvning. Har det hänt dig?

Reaktionen ska ha utlösts inom 12 veckor efter insättning. Detta avser så kallad "switch" som definieras som hypomani eller mani eller blandat skov (mycket irriterabilitet) av antidepressiva läkemedel.

- Ja, vilket/vilka läkemedel?
- Nej
- Vet ej, Vill ej svara

CENTRALSTIMULANTIA

Ange om patienten behandlats med ett eller flera centralstimulerande medel

Behandling	Hur länge har behandlingen pågått, antal år	Behandlingssvar	Läkemedelsbiverkan som förhindrat användningen av medlet?	Kommentar
<input type="checkbox"/> Adderall®		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Atomoxetin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Dexamfetamin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Fenkamdamin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Metamfetamin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Metylfenidat		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Modafinil		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Pemolin		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Övriga, vilket		0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Överslag "switch" på centralstimulerande läkemedel

Det förekommer att centralstimulerande läkemedel kan ge hypomani, mani, eller annan svår uppvarvning. Har det hänt dig? Reaktionen ska ha utlösts inom 12 veckor efter insättning. Detta avser så kallad "switch" som definieras som hypomani eller mani eller blandat skov (mycket irriterabilitet) av centralstimulerande läkemedel.

- Ja, vilket/vilka läkemedel?
- Nej
- Vet ej, Vill ej svara

ANXIOLYTIKA / SEDATIVA

Ange om patienten behandlats med med bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande preparat?

Alimemazin	Se antipsykotika	Kommentar
<input type="checkbox"/> Alprazolam		
<input type="checkbox"/> Buspiron		
<input type="checkbox"/> Diazepam		
<input type="checkbox"/> Flunitrazepam		
<input type="checkbox"/> Hydroxizin		
<input type="checkbox"/> Lorazepam		
<input type="checkbox"/> Klometiazol		
<input type="checkbox"/> Nitrazepam		
<input type="checkbox"/> Oxazepam		
<input type="checkbox"/> Pregabalin		
<input type="checkbox"/> Prometazin		
<input type="checkbox"/> Propiomazin		
<input type="checkbox"/> Propranolol		
<input type="checkbox"/> Triazolam		
<input type="checkbox"/> Valeriana		
<input type="checkbox"/> Zaleplon		
<input type="checkbox"/> Zolpidem		
<input type="checkbox"/> Zopiklon		
<input type="checkbox"/> Övriga, vilket		

Beroende av bensodiazepiner

Har patienten utvecklat tolerans eller beroende av besodiazepiner eller liknande preparat som krävt någon åtgärd? Tex särskilda nedtrappningsscheman, apodos för att förhindra dubbelförskrivning, förfalskade recept, uppgifter om att patienten handlar illegalt osv

- Ja Nej Okänt

Pågående läkemedelsbehandling

STÄMNINGSSTABILISERANDE LÄKEMEDEL*

Avser pågående läkemedelsbehandling och omfattar Karbamazepin, Klonazepam, Lamotrigin, Litium, Oxkarbazepin, Quetiapin, Topiramet, Valproat, ev annat stämningsstabiliserande läkemedel.

Ett svarsalternativ kan anges

Ja Nej Uppgift saknas

Om stämningsstabiliserande läkemedel, ange vilket/vilka* Flera svarsalternativ kan anges

- Karbamazepin
- Lamotrigin
- Litium
- Valproat
- Annat

Om patienten behandlas med litium för närvarande:

Vilket år insattes litium första gången? (ÅÅÅÅ)

Ange senaste värde på S-Litium, dock ej äldre än 12 månader mmol/liter (decimaltal med en decimal)

Har njurfunktionen undersökts med avseende på glomerulär filtrationshastighet (GFR) under de senaste 12 månaderna?

Ja Nej Uppgift saknas

Age vilket/vilka Flera svarsalternativ kan anges

- Kreatinin. Ange senaste värde på Kreatinin **µmol/liter** (heltal) (ej äldre än 12 månader)
- Cystatin C. Ange värde **mg/L** (decimaltal med två decimaler)
- Iohexol-Clearance. Ange värde **mL/min/1,73 m²** (heltal)
- Annan metod. Ange vilken _____

ANTIPSYKOTISKA LÄKEMEDEL*

Avser pågående läkemedelsbehandling och omfattar Alimemazin, Aripiprazol, Dixyrazin, Flufenazin, Flupentixol, Haloperidol, Klorpromazin, Kloprotixen, Klozapin, Levomepromazin, Melperon, Olanzapin, Paliperidon, Perfenazin, Pimozid, Quetiapin, Risperidon, Sertindol, Sulpirid, Tioridazin, Ziprasidon, Zyklopentixol, ev annat antipsykotiskt läkemedel.

Ja Nej Uppgift saknas

Om antipsykotiska läkemedel, ange vilket/vilka

Exempel på typiska antipsykotiska läkemedel: Dixyrazin, Flufenazin, Haloperidol, Klorpromazin, Kloprotixen, Levomepromazin, Perfenazin, Tioridazin.

Exempel på atypiska antipsykotiska läkemedel: Aripiprazol, Klozapin, Risperidon, Olanzapin, Quetiapin, Paliperidon, Sertindol, Ziprasidon.

Flera svarsalternativ kan anges

- Typiska antipsykotiska läkemedel
- Atypiska antipsykotiska läkemedel: Aripiprazol
- Atypiska antipsykotiska läkemedel: Klozapin
- Atypiska antipsykotiska läkemedel: Olanzapin
- Atypiska antipsykotiska läkemedel: Quetiapin
- Atypiska antipsykotiska läkemedel, annat

ANTIDEPRESSIVA LÄKEMEDEL*

Ja Nej Uppgift saknas

Om antidepressivt läkemedel, ange vilket/vilka Ringa In en eller flera.

Agomelatin, Amitryptilin, Bupropion, Citalopram, Duloxetin, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Imipramin, Klomipramin, Lofepramin, Maprotilin, Mianserin, Mirtazapin, Moclobemid, Nefazodon, Nortryptilin, Paroxetin, Phenelzin, Reboxetin, Sertralin, Tranlycypromin, Trimipramin, Venlafaxin, ev annat _____.

LÄKEMEDEL MOT ADHD*

Avser pågående läkemedelsbehandling och omfattar Atomoxetin, centralstimulerande, ev annat läkemedel mot ADHD. Med centralstimulerande läkemedel menas t.ex. metylfenidat, dexamfetamin, modafinil, men ej atomoxetin.

Ett svarsalternativ kan anges

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange vilket/vilka Flera svarsalternativ kan anges

- Atomoxetin
- Centralstimulerande
- Annat

BENSODIAZEPINER ELLER BENSODIAZEPINLIKNANDE LÄKEMEDEL

Avser pågående läkemedelsbehandling och omfattar Alprazolam, Buspiron, Diazepam, Flunitrazepam, Hydroxizin, Lorazepam, Klometiazol, Nitrazepam, Oxazepam, Pregabalin, Prometazin, Propiomazin, Propranolol, Triazolam, Valeriana, Zaleplon, Zolpidem, Zopiklon, ev annat bensodiazepinliknande läkemedel.

Ja Nej Uppgift saknas

LEVAXIN*

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja:

1 <input type="checkbox"/>	Patienten fick hypothyreos <u>efter</u> en tids litiumbehandling (patienten vet vanligen att hon fick börja med Levaxin [®] efter en tids litiumbehandling)
2 <input type="checkbox"/>	Patienten har inte ätit litium, eller fick hypothyreos <u>innan</u> hon började med litium.
3 <input type="checkbox"/>	Pat har eller har haft <u>hyperthyreos</u> . Struma. Överskott av sköldkörtelhormon. Kan behandlas med operation eller med läkemedelskur för att krympa sköldkörteln
4 <input type="checkbox"/> Vill ej svara	

Har patienten under de senaste 12 månaderna fått någon LÄKEMEDELSBIVERKAN som föranlett utsättning eller preparatbyte?*

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, vilket / vilka preparat sattes ut? _____

Pga vilken / vilka biverkningar? _____

Använder patienten något hormonpreparat?	Antikonceptionella medel <input type="checkbox"/> Gestagener och estrogener (Kombinationspreparat) <input type="checkbox"/> Gestagener (minipiller) <input type="checkbox"/> Medel mot peri-postmenopausala symptom, mot endometriosis, premenstruella besvär <input type="checkbox"/> Andra hormonpreparat.....
Står patienten kontinuerligt på några andra läkemedel som inte dokumenterats ovan? Tex antiinflammatoriska preparat.	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej	
Om Ja, vilka?	

SOMATISKA FAKTORER

Föreligger något/några av nedanstående tillstånd utöver bipolär sjukdom?

Inkluderar diagnostiserade tillstånd, misstänkta tillstånd som utreds (även om diagnos ännu ej fastställts) samt komplicerande omständigheter.

Ja Nej Uppgift saknas

On JA, ange vilket/vilka*

Flera svarsalternativ kan anges.

- Diabetessjukdom
- Hjärt- och kärlsjukdom
- Hypertoni
- Njursjukdom
- Thyroideasjukdom, hypothyreos
- Thyroideasjukdom, hyperthyreos
- Psoriasis
- Allergier/eksem
- Graviditet
- Amning
- Reumatoid artrit, Osteoartrit
- Migrän
- Multipel skleros
- Epilepsi
- Alzheimers/annan demenssjukdom
- Parkinsons sjukdom
- Gastrit / Ulcus
- Colon irritabile (IBS irritable bowel syndrom)
- Crohns sjukdom
- Ulcerös colit
- Hepatit
- Annat tillstånd. Ange vilket _____
- Uppgift saknas

Ange aktuellt värde på HbA1c.

HbA1c = "långtidsmått" på glukosnivån (sockerhalten i blodet). HbA1c-nivån återspeglar den genomsnittliga P-Glukos-nivån under de senaste 6-8 veckorna före provtagningen.

Svaret anges i heltal.

_____ mmol/mol (Heltal) Uppgift saknas

Ange aktuellt systoliskt blodtryck.

Systoliskt blodtryck, det övre trycket (mm Hg) registrerat i sittande efter minst två minuters vila (rekommendation).

_____ mm Hg (Heltal) Uppgift saknas

Ange aktuellt diastoliskt blodtryck.

Diastoliskt blodtryck, det undre trycket (mm Hg) registrerat i sittande efter minst två minuters vila (rekommendation).

_____ mm Hg (Heltal) Uppgift saknas

Ange aktuell vikt.

Vikt = kg, utan ytterplagg, kavaj och skor.

_____ kg (Decimaltal med en decimal) Uppgift saknas

Ange aktuell längd.

Längd = cm, utan skor.

_____ cm (Heltal) Uppgift saknas

REPRODUKTION*Detta avsnitt avser endast kvinnliga patienter*

Menarche, ålder	
Menopaus?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ålder:
Menstruationerna är	<input type="checkbox"/> regelbundna <input type="checkbox"/> oregelbundna (primär ¹ oligomenorré) <input type="checkbox"/> oregelbundna (sekundär oligomenorré)
Har patienten polycystiskt ovariesyndrom (PCOS)?	<input type="checkbox"/> NEJ , <input type="checkbox"/> JA, debutålder: För PCOS krävs minst 2 av vidstående 3 kriterier (Flera alternativ möjliga) <input type="checkbox"/> Oregelbundna menstruationer <input type="checkbox"/> Androgena stigmata (hirsutism, påtaglig acne) <input type="checkbox"/> Polycystiska ovarier vid ultraljudsundersökning

1 Primär oligomenorré=har aldrig varit regelbunden; Sekundär=har varit regelbunden och blivit oregelbunden

SUBSTANSBRUK

NIKOTIN

Använder patienten nikotin så gott som dagligen?*

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, i vilken form? Med nikotinersättning avses t.ex. nikotinplåster och nikotintuggummi. Flera svarsalternativ kan anges

- Röker
 Snusar
 Nikotinersättning

ALKOHOL

AUDIT C besvaras av patienten *

AUDIT C är de tre första frågorna i AUDIT. Poäng: 0-12 Riskbruk ≥ 4 poäng (man), ≥ 3 poäng (kvinna).

Ett glas definieras som ett av följande: 45 cl folköl, 33 cl starköl, 15 cl vin, 8 cl starkvin, 4 cl sprit.

Hur ofta dricker Du alkohol?

- Aldrig (0)
 1 gång i månaden eller mer sällan (1)
 2-4 gånger i månaden (2)
 2-3 gånger i veckan (3)
 4 gånger per vecka eller mer (4)

Hur många "glas" (enligt exemplet i AUDIT-formuläret) dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?

- 1-2 (0)
 3-4 (1)
 5-6 (2)
 7-9 (3)
 10 eller fler (4)

Hur ofta dricker Du (kvinna) 4 eller (man) 5 sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?

- Aldrig (0)
 Mer sällan än en gång i månaden (1)
 Varje månad (2)
 Varje vecka (3)
 Dagligen eller nästan varje dag (4)

Totalpoäng AUDIT C

(0-12 poäng)

ÖVRIGA SUBSTANSER

	Nuvarande bruk		Tidigare bruk		≈Ålder senaste bruk ¹	≈Månaders bruk under livet	Ev kommentar
	Ja	Nej	Ja	Nej			
Koffein	koppar/d						
Te	koppar/d						
Energidrycker	burkar/d						
Marijuana	Ja	Nej	Ja	Nej			
Amfetamin	Ja	Nej	Ja	Nej			
Kokain	Ja	Nej	Ja	Nej			
GHB	Ja	Nej	Ja	Nej			
Ecstasy	Ja	Nej	Ja	Nej			
LSD	Ja	Nej	Ja	Nej			
Opiater	Ja	Nej	Ja	Nej			
Kat	Ja	Nej	Ja	Nej			

¹ I fylls såvitt pat inte har ett pågående bruk. Skriv annars "P" för pågående.

BIPOLÄRT INDEX

Ringa in poängen bredvid den beskrivning som bäst beskriver patienten.

Varje variabel sträcker sig från 0 (inga tecken på bipolär sjukdom) till 20 (helt övertygande tecken på bipolär sjukdom)

I. EPISODKARAKTERISTIKA (17:1)

20	<ul style="list-style-type: none">Dokumenterad akut mani eller blandat skov med tydlig eufori, megalomana idéer, expansivitet som inte var sekundär till somatisk sjukdom eller andra droger (inkl läkemedel).
15	<ul style="list-style-type: none">Tydligt akut blandat skov eller dysforisk eller irriterad mani (inte sekundär till somatisk sjukdom eller droger/läkemedel)
10	<ul style="list-style-type: none">Tydlig hypomani som inte var sekundär till somatisk sjukdom (inte sekundär till somatisk sjukdom eller droger/läkemedel)Tydlig cyklotymi som inte var sekundär till somatisk sjukdom (inte sekundär till somatisk sjukdom eller droger/läkemedel)Tydlig mani sekundärt till användande av antidepressiva medel
5	<ul style="list-style-type: none">Tydlig hypomani sekundärt till användande av antidepressiva medel.Skov med typiska hypomana symptom, men vars varaktighet eller intensitet var under tröskeln för hypomani eller cyklotymi.En enskild egentlig depression med psykotiska eller atypiska drag (atypiska är 2 av följande symptom; hypersomni, hyperfagi, blytngskänsla i extremiteter)Någon postpartumdepression
2	<ul style="list-style-type: none">Någon återkommande typisk unipolär allvarligare depressiv sjukdomTidigare känd psykotisk störning (d.v.s. vanföreställningar, hallucinationer, hänsyftningsidéer, magiskt tänkande).
0	<ul style="list-style-type: none">Inget tidigare förhöjt stämningsläge, återkommande depression eller psykos.

II. ÅLDER VID DEBUT (Första affektiva episoden/syndromet) (17:2)

20	<ul style="list-style-type: none">15 till 19 år
15	<ul style="list-style-type: none">innan 15 års ålder eller mellan 20 och 30
10	<ul style="list-style-type: none">30-45 år
5	<ul style="list-style-type: none">efter 45
0	<ul style="list-style-type: none">Ingen anamnes på affektiv sjukdom (inga episoder, cyklotymi, dystymi eller BP NOS).

III. SJUKDOMSFÖRLOPP/ASSOCIERADE DRAG (17:3)

20	<ul style="list-style-type: none">Tydliga återkommande maniska skov åtskilda av fullt friska perioder.
15	<ul style="list-style-type: none">Tydliga återkommande maniska skov med ofullständigt tillfrisknande dessemellan.Tydliga återkommande hypomaniska skov med fullständigt tillfrisknande dessemellan.
10	<ul style="list-style-type: none">Samtidigt missbrukPsykotiska drag endast under akuta affektiva skovAnhållen eller upprepade lagbrott relaterade till maniskt beteende (t.ex. snatteri, vårdslös körning, personlig konkurs)
5	<ul style="list-style-type: none">Återkommande unipolära depressioner med 3 eller flera allvarliga depressiva skov.Tydliga återkommande hypomana skov men med ofullständigt tillfrisknande dessemellan.Återkommande gånger dåligt samarbete avseende medicinering.Samtidig borderline personlighetsstörning, ångestsyndrom eller ätstörning eller ADHD i anamnesenRishtagande som utgör problem för patienten, familj eller vänner.Perimenstruell exacerbation av humörsymptom med konsekvenser för beteendet.
2	<ul style="list-style-type: none">Premordbid hypertym personlighet (när pat ej är manisk eller deprimerad)Gift 3 eller fler gånger (inklusive omgifte med samma person)Har börjat på nytt jobb och bytt jobb efter mindre än ett år under två eller fler år.Har mer än två yrkesutbildningar
0	<ul style="list-style-type: none">Inget av ovan

IV. BEHANDLINGSRESPONS (17:4)

20	<ul style="list-style-type: none">Fullt tillfrisknande inom 4 veckor med stämningsstabiliserande läkemedel.
15	<ul style="list-style-type: none">Fullt tillfrisknande inom 12 veckor med stämningsstabiliserande läkemedel eller återfall inom 12 veckor efter avslutad behandling.Affektivt översvängning till mani, hypomani eller blandad ep. vid insättning/dosökning av antidepressivt medel.
10	<ul style="list-style-type: none">Förvärrad dysfori eller blandade symptom under tröskeln för mani under antidepressiv behandling.Partiell respons till en eller två stämningsstabiliserare inom 12 veckors läkemedelsbehandling.Nytt eller förvärrat "rapid cycling"-förlopp framkallat av antidepressiva medel.
5	<ul style="list-style-type: none">Behandlingsrefraktär: ingen förbättring efter 3 eller fler försök med antidepressiva medel.Affektivt överslag till mani eller hypomani med när antidepressiva sätts ut.
2	<ul style="list-style-type: none">Blir nästan helt bra när antidepressiva sätts ut.
0	<ul style="list-style-type: none">Inget av ovan, eller ingen behandling.

V. FAMILJEHISTORIA (17:5)

20	<ul style="list-style-type: none">Minst en förstagrads släkting med dokumenterad bipolär sjukdom
15	<ul style="list-style-type: none">Minst en andragsrads släkting med dokumenterad bipolär sjukdomMinst en förstagrads släkting med dokumenterad återkommande depressioner och beteende som indikerar bipolär sjukdom.
10	<ul style="list-style-type: none">Förstagrads släkting med dokumenterad återkommande unipolära depressioner eller schizoaffectiv sjukdomNågon släkting med dokumenterad bipolär sjukdom, eller återkommande depressioner med beteende som antyder bipolär sjukdom.
5	<ul style="list-style-type: none">Förstagrads släkting med dokumenterat substansmissbrukSläkting med möjlig bipolär sjukdom
2	<ul style="list-style-type: none">Förstagrads släkting med möjlig återkommande unipolär depressionFörstagrads släkting med diagnosticerad relaterad sjukdom: ångestsjukdom, ätstörningar, ADD/ADHD
0	<ul style="list-style-type: none">Inget av ovan, eller ingen sjukdom i familjen.

Total poäng (0-100)

Förstämningssyndrom LIVSTIDSDIAGNOS

DSM / ICD-kod	ANGE EN AV NEDANSTÅENDE	
296 / F31	<input type="checkbox"/> BP 1 (MD)	(I Bipolär: Bipolärt syndrom typ1)
296 / F23.0	<input type="checkbox"/> BP 1 (MD) Cykloid psykos	(I Bipolär: Bipolärt syndrom typ1)
296 / F31	<input type="checkbox"/> BP 1 (Md)	(I Bipolär: Bipolärt syndrom typ1)
296 / F31	<input type="checkbox"/> BP 1 (M)	(I Bipolär: Bipolärt syndrom typ1)
296.89 / F31.8	<input type="checkbox"/> BP 2 (mD)	(I Bipolär: Bipolärt syndrom typ2)
301.13 / F34.0	<input type="checkbox"/> Cyklotymi (md; ≈ BP 2½)	(I Bipolär: Cyklotymi)
296.80 / F31.9	<input type="checkbox"/> BP 3 <u>Endast</u> manier / hypomanier inducerade av antidepressiva	(I Bipolär: Bipolärt syndrom UNS)
291.8 – 292.84 / F10.7 – F19.7 (beroende på drog ¹)	<input type="checkbox"/> BP 3½ Hypomani / depression <u>endast</u> associerade till substansmissbruk	(I Bipolär: Bipolärt syndrom UNS)
296.80 / F31.9	<input type="checkbox"/> BP 4 Depressioner och hypertymt temperament	(EJ i Bipolär)
296.3 / F33	<input type="checkbox"/> BP 5 Unipolära (d/D) ≥5 recidiverande depressioner, ofta hereditet för bipolär sjuk	(EJ i Bipolär)
296.3 / F33	<input type="checkbox"/> Unipolära (d/D) <5 recidiverande depressioner	(EJ i Bipolär)
300.4 / F34.1	<input type="checkbox"/> Dystymi	(EJ i Bipolär)
295.70 / F25.0	<input type="checkbox"/> Schizoaffektivt syndr, manisk (bipolär form)	(I Bipolär: Schizoaffektivt syndrom, bipolär/manisk typ)
295.70 / F25.1	<input type="checkbox"/> Schizoaffektivt syndrom, depressiv (unipolär form)	(EJ i Bipolär)
293.83 / F06.3	<input type="checkbox"/> Förstämningssyndrom orsakad av somatisk sjukdom	(EJ i Bipolär)
296.80 / F31.9	<input type="checkbox"/> BP UNS	(I Bipolär: Bipolärt syndrom UNS)
	<input type="checkbox"/> Annat:	(EJ i Bipolär)

¹ F10-alkohol, F11-opiater, F12-cannabis, F13-sedativa, F14-kokain, F15-stimulantia inklusive koffein, F16-hallucinogener, F17-tobak, F18-lösningsmedel, F19-kombination

PSYKIATRISK SAMSJUKLIGHET

Baserat på klinisk intervju, MINI-intervju eller andra instrument:

Föreligger annan aktuell psykiatrisk diagnos utöver bipolär sjukdom?*

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange vilken/vilka*

Flera svarsalternativ kan anges

Annat

Emotionellt instabil/borderline personlighetsstörning (F60.3)

Antisocial personlighetsstörning (F60.2)

Agorafobi (F40.0)

Social fobi (F40.1)

Paniksyndrom (F41.0)

Generaliserat ångestsyndrom (F41.1)

Tvångssyndrom (F42.0, F42.1, F42.2)

Uppmärksamhetsstörning

Om uppmärksamhetsstörning, ange vilken

Ett svarsalternativ kan anges.

Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, i kombination (F90.0) *(Både A1 och A2 sidan 12)*

Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, huvudsakligen bristande uppmärksamhet (F98.8) *(Bara A1 sidan 12)*

Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet (F90.0) *(Bara A2 sidan 12)*

Uppmärksamhet/hyperaktivitet UNS (F90.9)

Uppgift saknas

Substansmissbruk

Om substansmissbruk, ange vilket/vilka

Substansmissbruk avser skadligt bruk och/eller beroende.

Kombination (F19.1/F19.2) tillämpas när det är känt att två eller flera psykoaktiva substanser använts men när det är omöjligt att avgöra vilken som bidragit mest till störningen. Kategorin ska användas även när en eller flera av substanserna är okända eller inte med säkerhet kunnat identifieras.

Flera svarsalternativ kan anges.

Alkohol (F10.1/F10.2)

Opiater (F11.1/F11.2)

Cannabis (F12.1/F12.2)

Sedativa (F13.1/F13.2)

Kokain (F14.1/F14.2)

Stimulantia inklusive koffein (F15.1/F15.2)

Hallucinogener (F16.1/F16.2)

Tobak (F17.1/F17.2)

Lösningssmedel (F18.1/F18.2)

Kombination (F19.1/F19.2)

Uppgift saknas

GAF & CGI

GAF = Global Assessment of Functioning

Frågan besvaras om patienten är 21 år eller äldre

Ange aktuellt värde på GAF: *delskala funktion:*

Aktuellt resultat av skattning på GAF-skalans *delskala* för **social och yrkesmässig funktionsförmåga**.

GAF-skalen är en global funktions-skattningsskala för skattning av psykologisk, social och yrkesmässig funktionsförmåga.
Instruktion: Observera att värdet 0 (otillräcklig information) alltid ska anges när man bedömer att det inte går att få underlag för en kliniskt relevant skattning på *delskalan*. Detta kan vara fallet då symptombilden gör bedömningen av funktionsnivån alltför osäker eller då bedömningen görs under omständigheter som inte är representativa eller adekvata som underlag för en funktions-skattning, t.ex. då patienten befinner sig i slutenvård.

(Heltal, 0-100)

Ange aktuellt värde på GAF: *delskala symptom:*

Aktuellt resultat av skattning på GAF-skalans *delskala* för **psykiska symptom**.

GAF-skalen är en global funktions-skattningsskala för skattning av psykologisk, social och yrkesmässig funktionsförmåga.
Instruktion: Observera att värdet 0 (otillräcklig information) alltid ska anges när man bedömer att det inte går att få underlag för en kliniskt relevant skattning på *delskalan*. Detta kan t.ex. vara fallet när det är så svårt att kommunicera med patienten att symptombilden inte kan klarläggas.

(Heltal, 0-100)

Ange typ av symptom/funktions-skattning

(Frågan besvaras om patienten är 20 år och yngre)

C-GAS = Children's Global Assessment Scale

GAF = Global Assessment of Functioning

Ett svarsalternativ kan anges

C-GAS

GAF

Om C-GAS, ange aktuellt värde på C-GAS

(Heltal, 0-100)

Skatta personens mest nedsatta generella funktionsnivå under den specificerade tidsperioden genom att välja den lägsta nivå som beskriver hans/hennes fungerande på ett hypotetiskt kontinuum av hälsa/sjukdom. Använd även de intermediära nivåerna (t.ex. 35, 58, 62). Värdet "0" = otillräcklig information för att kunna skatta. C-GAS = Children's Global Assessment Scale.

Om GAF, ange aktuellt värde på GAF Funktion

(Heltal, 0-100)

Om GAF, ange aktuellt värde på GAF Symptom

(Heltal, 0-100)

CGI-S (Clinical Global Impression – Severity, övergripande kliniskt intryck av sjukdomens svårighetsgrad)*

CGI-S MANI

Mot bakgrund av din samlade kliniska erfarenhet av just denna patientpopulation, hur svårt **MANISK** är patienten för närvarande?

Ett svarsalternativ kan anges

Ej bedömt

Normal, inte alls sjuk

Gränsfall för psykisk sjukdom

Lindrigt sjuk

Måttligt sjuk

Påtagligt sjuk

Allvarligt sjuk

Bland de mest extremt sjuka patienterna

CGI-S DEPRESSION

Mot bakgrund av din samlade kliniska erfarenhet av just denna patientpopulation, hur svårt **DEPRIMERAD** är patienten för närvarande?

Ett svarsalternativ kan anges

Ej bedömt

Normal, inte alls sjuk

Gränsfall för psykisk sjukdom

Lindrigt sjuk

Måttligt sjuk

Påtagligt sjuk

Allvarligt sjuk

Bland de mest extremt sjuka patienterna

CGI-S TOTALT sett över hela livet (kan alltså vara hög även om patienten för närvarande mår bra)

Mot bakgrund av din samlade kliniska erfarenhet av just denna patientpopulation, hur svårt psykisk sjuk är patienten i ett livsperspektiv?

- Ej bedömt
- Normal, inte alls sjuk
- Gränsfall för psykisk sjukdom
- Lindrigt sjuk
- Måttligt sjuk
- Påtagligt sjuk
- Allvarligt sjuk
- Bland de mest extremt sjuka patienterna

ÖVRIGT I NYBESÖKSUTREDNINGEN:

Psykiatrisk intervju med stöd av MINI är utförd

MINI är ett diagnostiskt hjälpmedel för att ställa psykiatriska diagnoser. De diagnoser som pat uppfyller kriterier för skall överföras till sid 28.

Ifyllt av:

- Sjuksköterska
- ST-läkare
- Specialistläkare
- Psykolog
- Annan:

Intervjuarens signatur:

Datum för avslutat protokoll:

Utförlig information om hur Anamnesprotokollet används finns i MANUAL FÖR KLINIKER

Diagnosen bipolär sjukdom är kriteriebaserad i två steg. Dels skall patienten uppfylla ett antal kriterier för att sägas ha haft något akut affektivt skov: en mani, en hypomani, eller en depression. Dels ställer man en livstidsdiagnos baserat på vilka akuta skov patienten haft. För att kunna bedöma om patienten uppfyller kriterierna eller ej måste man ha klinisk erfarenhet och psykiatrisk kunskap. Genom att diskutera med kollegor ökar samstämmigheten i bedömningarna.

Figur: Kriterier för poängsättning för enskilda symptomkriterier

-3	-2	-1	-0,5	0	+0,5	+1	+2	+3
• Mycket mindre, allvarligt symptom	• Tydligt minskat, kliniskt signifikant	• Tydligt närvarande men under gränsvärden för kliniskt signifikant enligt SCID	• Svagt minskat eller symptom som inträffat en eller två gånger, men ej kliniskt signifikant	• Ej haft detta symptom	• Svagt ökat eller symptom som inträffat en eller två gånger, men ej kliniskt signifikant	• Tydligt närvarande men under gränsvärden för kliniskt signifikant enligt SCID	• Tydligt ökat, kliniskt signifikant	• Mycket mer, allvarligt symptom

APPENDIX 2
LATHUND LÄKEMEDEL

GENERISKT NAMN	HANDELSNAMN				
Stämningsstabiliserande					
Karbamazepin	Hermolepsin	Tegretol	Trimonil		
Klonazepam	Iktorivil				
Lamotrigin	Lamictal				
Oxkarbazepin	Trileptal				
Litium	Litarex	Lithionit			
Topiramát	Topimax				
Valproát	Absenor	Ergenyl	Orfiril		
<i>Kalciumantagonister</i>	Adalat	Cardizem	Isoptin	Lomir	Nimotrop
	Norvasc	Plendil	Verapamil	Viazem	Zanidip
Antidepressiva					
Bupropion	Wellbutrin	Zyban			
Citalopram	Cipramil	Citalopram	Citavie		
Duloxetin	Cymbalta				
Escitalopram	Cipralax				
Fluoxetin	Fluoxetin	Fontex	Seroscand		
Fluvoxamin	Fevarin				
Mirtazapin	Mirtazapin	Remeron			
Moklobemid	Aurorix	Moklobemid			
Nefazodon	Nefadar (utgått)				
Paroxetin	Paroxetin	Paroxiflex	Seroxat		
Reboxetin	Edronax				
Sertralin	Zoloft				
Venlafaxin	Efexor				
Vortioxetin	Brintellix				
<i>Tri/tetracyklica (TCA)</i>					
Amitriptylin	Saroten	Tryptizol			
Imipramin	Tofranil				
Klomipramin	Anafranil	Clomicalm	Klomipramin		
Nortriptylin	Sensaval				
Maprotilin	Ludiomil	Maprotilin			
Mianserin	Mianserin	Tolvon			
Stimulantia					
Dexamfetamin	Metamina				
Metylfenidat	Concerta	Ritalina			
Moldafinil	Modiodal				
Anxiolytika					
Alprazolam	Alprazolam	Xanor			
Diazepam	Apozepam	Diazepam	Stesolid		
Hydroxicin	Atarax				
Oxazepam	Oxazepam	Sobril			
Pregabalin	Lyrica				
Prometacin	Lergigan				
Lorazepam	Temesta				
Nitrazepam	Apodorm	Mogadon	Nitrazepam		
Buspiron	Buspar	Buspiron			
Betablockerare	Atenolol	Bisoprolol	Blocadren	Brevibloc	Emconcor
	Kerlon	Metoprolol	Pindolol	Selinol	Seloken
	Sotacor	Sotalol	Tenormin	Uniloc	
Antipsykotiska					
Aripiprazol	Abilify				
Haloperidol	Haldol				
Klozapin	Klozapin	Leponex			
Olanzapin	Zyprexa				
Quetiapin	Seroquel				
Risperidon	Risperdal				
Zuklopentixol	Cisordinol				
Ziprasidon	Zeldox				
Sedativa					
Alimemazin	Theralen				
Propiomazin	Propavan				
Zopiklon	Imovane				
Zolpidem	Stilnoct				
Annat					
Johannesört	Esbericum	Lugn och Ro	Nocturne		
Omega-3	Biomega	Många andra			
Ginseng	Ginsana	Gerikomplex			